1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 6

RECHERCHES

SUR LES

SYPHILIDES PAPULO-SQUAMEUSES

SIMULANT LE PSORIASIS VULGAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Novembre 1886

PAR

Marc-Joseph SÉGUY

Né le 28 août 1859, à Limoges (Haute-Vienne).

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

LAYET, *Président.*
PICOT.
DUDON.
RONDOT.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.

1886

1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 6

RECHERCHES

SUR LES

SYPHILIDES PAPULO-SQUAMEUSES

SIMULANT LE PSORIASIS VULGAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Novembre 1886

PAR

Marc-Joseph SÉGUY

Né le 28 août 1859, à Limoges (Haute-Vienne).

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

LAYET, *Président*.
PICOT.
DUDON.
RONDOT.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.
1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M PITRES..... Doyen | M. DENUCÉ..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

M. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
M. BITOT..... }

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, chargé du cours
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirugicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	LANDE.
	MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. M. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf..... MM. NÉGRIÉ . | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enf..... BITOT. | Maladies mentales..... N....

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAYET

Médecin principal de la Marine en retraite,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Durant une campagne de près de trois ans aux Antilles et à la Guyane, nous nous sommes trouvé presque constamment livré à nos seules ressources médicales dans des postes isolés, chargé de donner tous les soins à des Immigrants Indiens (Ilet-à-Cabrits) ou à des noirs (Désirade) dont il nous était souvent bien difficile de comprendre le langage. Plusieurs fois, nous nous sommes trouvé en présence de dermatoses papulo-squameuses simulant à s'y méprendre le psoriasis vulgaire, et notre embarras a été grand lorsqu'il s'est agi de diagnostiquer la nature syphilitique ou dartreuse de l'affection.

Cette difficulté nous a vivement frappé. Aussi, dès que cela nous a été possible, nous avons recherché dans les livres, les thèses inaugurales et les publications périodiques, ce qui avait été écrit sur ce sujet. C'est le résultat de ces recherches assez longues que nous venons soumettre aujourd'hui à la bienveillance de nos juges.

Nous avons remarqué que les auteurs, même les plus récents, sont très sobres de renseignements sur ce sujet : quelques lignes, quelques pages au plus, et c'est tout. Cependant

le psoriasis syphilitique a soulevé et soulève encore des discussions étiologiques très-importantes. Son diagnostic embarrassera toujours le praticien peu habitué aux éruptions de la syphilis. Enfin, son traitement offre des particularités intéressantes.

Nous avons assemblé en un tout les matériaux disséminés çà et là. L'historique nous a coûté de nombreuses recherches, et nous avons essayé de le faire aussi complet que possible.

Nous avons éliminé de notre thèse le psoriasis palmaire et plantaire, parce que sa présence seule suffit à faire soupçonner la syphilis, dont il est presque exclusivement l'apanage. Nous n'avons, en effet, voulu traiter que des syphilides simulant le psoriasis vulgaire.

Nous nous sommes inspiré pour la meilleure partie de ce modeste travail des idées de M. le docteur Mauriac. Nous prions cet éminent Maître d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Nous remercions M. de Tornéry, interne à l'hôpital Lourcine, qui nous a prêté son gracieux concours pour les recherches bibiographiques étrangères.

Qu'il nous soit permis aussi d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Layet, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

HISTORIQUE

Pour trouver une étude ou même une simple mention des syphilides squameuses dans les auteurs anciens, il faut arriver aux dernières années du quinzième siècle. Peut-être, si la doctrine de l'ancienneté de la syphilis en Europe est exacte, les syphilides squameuses ont-elles été confondues par Hippocrate, Galien, Celse et leurs successeurs, sous le nom vague de *psore*, de *pustules*. Mais rien ne peut actuellement prouver cette hypothèse.

C'est à un médecin espagnol qu'est dû le premier essai de classification des syphilides. G. Torella, le médecin des Borgia, divise les diverses manifestations cutanées de la syphilis en *sèches* et en *humides* (1497). Antoine Beniveni (1507) les répartit en cinq espèces. Il admet, comme base de ses subdivisions, la *couleur*, la *largeur* et le *degré d'ulcération*. Sa description est très confuse, et cependant, il nous a semblé qu'il avait vu dans sa pratique des syphilides papulo-squameuses, car il parle dans son ouvrage (*de morbo gallico. — Aphrodisiacus*) de pustules petites, plates, recouvertes d'écailles blanchâtres, d'une surface inégale, et dont le fond est souvent ulcéré. Il connaissait le psoriasis palmaire et plan-

taire. Gabriel Fallope (1600) distingue, comme Gaspard Torella, les syphilides en pustules sèches et en pustules humides. Nicolas Massa fait reposer sa classification sur l'ordre d'apparition, le volume, la couleur : de là des pustules *précoces* et des pustules *tardives*, de *grandes* et de *petites* pustules, des pustules *noires* et des pustules *grises*. Il signale l'apparence squameuse de certaines de ces pustules.

Fernel, mais surtout Samuel Hafenrefer, créèrent une classification plus raisonnée. Hafenrefer admettait quatre espèces principales :

1° La pelade et l'onglade ;

2° Les taches et les boutons secs ;

3° Les boutons humides, les croûtes, les ulcères ;

4° Les affections plus profondes comprenant les muscles, les nerfs, le système fibreux et les os.

Il décrit les syphilides squameuses, mais d'une façon vague et insuffisante.

En somme, le XVII^e^ et le XVIII^e^ siècle furent peu fertiles en travaux sur les affections syphilitiques de la peau. Cependant, en 1777, Lorry, dans un livre également remarquable par l'élégance de la forme et la connaissance approfondie du sujet (*tractatus de morbis cutaneis*) a donné une assez bonne description du psoriasis sous le nom de *lèpre des Grecs* (*de leprâ Græcorum*) ; mais il a le tort de ne pas assez faire ressortir les rapports de la vérole et du psoriasis.

C'est Plenck qui, le premier, croyons-nous, a donné une idée exacte du psoriasis syphilitique dans son livre : *Doctrina de morbis venereis. Viennæ 1779.* Laissant de côté les questions de cause et de nature, qu'il n'avait pas sans doute la prétention de résoudre, il s'efforça de mettre en lumière, au milieu du chaos des affections cutanées, un certain nombre de caractères principaux propres à les distinguer les unes des

autres, et il fut ainsi conduit à admettre quatorze groupes de ces affections :

1° Maculæ;
2° Pustulæ;
3° Vesiculæ;
4° Bullæ;
5° Papulæ;
6° Crustæ;
7° Squamæ;
8° Callositates;
9° Excrecentiæ cutaneæ;
10° Ulcera cutanea;
11° Vulnera cutanea;
12° Insecta cutanea;
13° Morbi unguium;
14° Morbi pilorum.

Dans le cinquième groupe ou classe des papulæ rentrent l'herpès, la lèpre, etc. ; or, voici ce qu'il dit de cette dernière : « *Demum multi alii morbi cutanei qui pertinaces sunt et totum fere corpus occupant nomine leprœ ab auctoribus denotantur ut : lepra herpetica est herpes crustaceus in toto corpore.* » Or, à l'article *herpes*, il dit : « *Herpes syphiliticus est herpes qui, a miasmate venereo excitatur, auribus et capillatæ capitis parti infidere solet, nascitur symptomatibus venereis et curatur mercurialibus externis et internis.* »

Dans leur article sur la syphilis, *in* Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes, Cullerier l'ancien et Bard admettent onze espèces de syphilides :

1° Les pustules ortiées ;
2° Les pustules miliaires;
3° La gale syphilitique;
4° Les pustules lenticulaires;

5° Les pustules merisées (de la grosseur d'une merise) ;
6° Les pustules muqueuses ;
7° Les pustules séreuses :
8° Les pustules squameuses ;
9° Les pustules croûteuses ;
10° Les pustules ulcéreuses ;
11° Les pustules vivaces ou végétations.

Ces auteurs connaissent bien les *pustules squameuses*, et en donnent une description assez exacte.

Alibert, le créateur du mot *syphilide*, dans une classification très ingénieuse, mais qui n'est pas restée, divise les syphilides en trois groupes : 1° pustulæ, 2° vegetantes, 3° ulcerantes. La syphilide pustulante comprenait douze variétés : 1° squameuse, 2° crustacée, 3° pemphigoïde, 4° lenticulaire, 5° en grappe, 6° merisée, 7° miliaire, 8° ortiée, 9° serpigineuse, 10° scabioïde, 11° varioloïde, 12° tuberculeuse. Le psoriasis syphilitique, dont il parle du reste d'une façon très incomplète, rentre dans la première variété, la variété squameuse. Il cite cependant quelques observations personnelles intéressantes, et nous croyons utile de reproduire ici l'une d'elles, où se trouve relatée la coïncidence du psoriasis et de la syphilis, et, où le diagnostic complet, posé seulement après un premier traitement antisyphilitique, permit d'instituer concurremment des médications appropriées.

OBSERVATION I

Tirée du traité d'Alibert.

Victoire Roucher, lingère, âgée de 18 ans, devint enceinte et contracta en même temps la maladie vénérienne pour laquelle on lui fit subir un traitement. Il s'était développé aussi une dartre squa-

meuse qui ne céda point à l'administration du mercure et qui excitait de violentes démangeaisons. L'éruption herpétique existait sous les aisselles, à la partie interne des cuisses, au pli des jarrets. L'éruption syphilitique consistait en pustules plates, d'un rouge cuivreux, exhalant une humeur sero-jaunâtre qui se transformait en croûtes verdâtres. Ces deux affections furent également guéries par les procédés qui leur conviennent.

L'influence bienfaisante de la classification de Willan devait bientôt se faire sentir sur la façon de subdiviser les syphilides.

Biett, qui a introduit en France la classification de Willan, divisa d'après cette méthode, les manifestations cutanées de la vérole en :

Syphilides exanthématiques.
— vésiculeuses.
— pustuleuses.
— papuleuses.
— squameuses.
— tuberculeuses.

Cet éminent dermatologiste, ainsi que ses élèves et continuateurs, Cazenave, Gibert, Rayer, Bassereau, Devergie, Hardy, etc., admet l'existence d'un psoriasis syphilitique.

Dans ses cliniques et dans ses leçons, Hardy admet une forme squameuse d'emblée. Il comprend dans cette syphilide squameuse le psoriasis syphilitique. Pour lui, le psoriasis syphilitique ou *syphilide squameuse en gouttes*, est caractérisé par des tâches arrondies, à peine saillantes, de la largeur de trois millimètres à un centimètre. Ces taches, légèrement surélevées, d'un brun cuivré, sont recouvertes par des squames fines, blanches, non imbriquées, qui tombent au bout de quelques semaines, et laissent à leur niveau une tâche sans cicatrice consécutive. Le tronc et les membres supérieurs sont le siége le plus fréquent de cette syphilide qui apparaît

de six mois à deux ans après l'accident primitif, et qui se différencie du psoriasis dartreux par une localisation différente.

Rayer, dans son *Traité sur les maladies de la peau*, 2e édition, Paris, 1833, décrit avec soin les syphilides squameuses, dont il fait un psoriasis syphilitique.

Gibert, poussant à l'excès la méthode de Willan, décrit chacune des syphilides à propos de la forme commune qui lui correspond.

Ainsi, jusqu'à présent, le psoriasis syphilitique est universellement admis. On décrit séparément un psoriasis syphilique et un psoriasis dartreux. Baumes, de Lyon, va plus loin : « Les éruptions squameuses et furfuracées, dit-il, ne naissent guère directement que sous l'influence de la diathèse syphitique. » (Nouvelle dermatologie, ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, page 49.)

Une réaction contraire ne tarda pas à se produire. Dès l'année 1841, Legendre, dans sa thèse inaugurale (Nouvelles recherches sur la syphilis), rejette l'existence du psoriasis syphilitique et ne voit dans les syphilides squameuses qu'une variété de syphilides papuleuses et tuberculeuses. Mais, c'est Bazin surtout qui s'est élevé contre la doctrine régnante et lui a porté les coups les plus sensibles. S'appuyant sur sa vaste expérience des maladies de la peau, il écrit les lignes suivantes, p. 224, dans ses leçons théoriques. et cliniques sur la syphilis et les syphilides : « Désireux de retrouver dans les syphilides toutes les formes élémentaires qu'on rencontre dans les affections dartreuses, les partisans de la méthode anglaise ont décrit des formes squameuses, des psoriasis, des pityriasis de nature syphilitique, tandis que l'état squameux ne constitue en réalité qu'une période

de l'évolution de certaines syphilides, et ne doit pas être élevé au rang d'affection générique. »

Bassereau, l'illustre syphiliographe de l'école de Lyon, est beaucoup moins affirmatif. Il reconnaît que les squames ne sont le plus souvent qu'une épisode ultime des syphilides erythémateuses, papuleuses, etc.; mais il admet une variété d'éruption cutanée syphilitique primitivement squameuse, et qui n'est autre chose que le psoriasis syphilitique des auteurs. Il lui reconnaît trois formes : 1° guttata, 2° diffusa, 3° circinata ou lèpre syphilitique.

Rollet, dans son traité sur la syphilis, exprime l'opinion suivante : « M. Bazin, dit-il, repousse les syphilides squameuses. Quant à nous, il nous a été donné plusieurs fois d'observer des syphilides squameuses où il n'y avait pas d'autres lésions élémentaires que la squame. C'était, dans toute l'acception du mot, de *vrais psoriasis syphilitiques*. Nous croyons donc devoir décrire, comme M. Hardy, une syphilide squameuse en *gouttes*, une syphilide squameuse *circinée*, une syphilide squameuse palmaire et plantaire. La syphilide squameuse en gouttes est caractérisée par des taches arrondies, à peine saillantes, de la largeur de quelques millimètres à un centimètre. Ces taches, qui présentent la coloration syphilitique, sont recouvertes en partie par des squames très fines, blanchâtres, non imbriquées. Au bout de quelques semaines la saillie diminue, les squames tombent, et il reste une tache arrondie plus ou moins régulière et de couleur cuivrée. Dans certains cas, avant que la guérison ait été obtenue, il y a plusieurs desquamations successives, et il reste finalement une simple tache cuivrée qui diminue peu à peu. Le siége habituel de cette éruption est le tronc; on l'observe aussi sur les membres, principalement sur les membres supérieurs. La syphilide squameuse en gouttes apparaît de six mois à

deux ans après l'accident primitif; elle est rarement accompagnée d'autres syphilides. »

Dans son traité sur la syphilis, le professeur Cornil se range à l'opinion de Bazin. «Ce sont ces syphilides squameuses, dit-il, qu'on a appelé souvent du nom de psoriasis syphilitique. C'est là un mot composé dont je ne recommande pas l'usage, car le radical, le mot psoriasis, représente une maladie cutanée idiopathique qui n'a rien de commun avec la syphilis. De plus, la syphilide squameuse est bien distincte du psoriasis par la disposition de ses squames. » Il reconnaît cependant qu'entre les lésions des papules squameuses et les lésions du psoriasis, il y a une très grande analogie, sinon identité.

Au contraire, Lancereaux (Traité sur la syphilis, page 144) adopte les vues de Bassereau : « Nous ne croyons pas, affirme-t-il, qu'on doive, à l'exemple de certains auteurs, frapper d'ostracisme ces dernières dénominations morbides (syphilides squameuses) puisque nous avons sous les yeux, à l'heure qu'il est, un cas de psoriasis syphilitique non douteux. Cependant, nous reconnaissons sans difficulté que cette affection est beaucoup plus rare..... »

Dans le *Traité pratique et théorique des maladies vénériennes*, par les Drs Belhomme et Aimé Martin, deuxième édition, Paris, 1876, nous trouvons les lignes suivantes : « Le psoriasis syphilitique est caractérisé par des plaques saillantes rouge sombre ou plus souvent jaune cuivre, dont l'étendue est variable, rarement moindre d'une pièce de cinquante centimes. Ces saillies sont recouvertes par des squames beaucoup moins nombreuses, beaucoup moins épaisses que celles du psoriasis vulgaire, dont elles n'ont pas la couleur argentée. Tantôt il imite la forme *guttata*, tantôt la forme *gyrata* ou lèpre vulgaire. On le rencontre sur toutes les parties du corps, mais principalement aux mains et aux pieds.

Cullerier, dans son *Iconographie des maladies vénériennes*, rappelant l'opinion de Bazin, écrit les lignes suivantes : « Sans me montrer aussi exclusif que M. Bazin, je suis tout disposé à ne pas reconnaître la syphilide squameuse, et, si je décris dans ce chapitre le psoriasis syphilitique, c'est principalement à cause de mes doutes. Mais je n'hésite pas à rejeter d'une façon absolue, comme ne devant pas rentrer dans la syphilide squameuse, toutes ces éruptions squameuses qui ne sont autre chose qu'une période d'évolution dans certaines éruptions bien déterminées, telles qu'érythème, papule ou tubercule, chez lesquelles la squame n'est pas l'éruption, mais une période déterminée de cette éruption. Je la décris parce qu'il est impossible, *dans l'état actuel de la science*, de me prononcer d'une façon définitive. » Le psoriasis syphilitique peut se développer sur toute la surface du corps, et alors il est caractérisé par des squames tantôt disséminées par petits îlots (psoriasis guttata) ou par placards (psoriasis diffusa); mais, le plus souvent, il reste localisé aux mains et aux pieds. Il débute par des taches cuivrées qui se recouvrent rapidement de squames épidermiques grisâtres qui disparaissent bientôt sans laisser de cicatrice.

Si nous arrivons à rechercher l'opinion des syphiliographes les plus récents, Fournier, Jullien, Mauriac, nous voyons l'hésitation persister quant à l'existence du psoriasis syphilitique. Ces auteurs admettent bien que la plupart des syphilides squameuses sont secondaires, en ce qu'elles ne sont le plus souvent qu'un simple épisode d'un processus érythémateux, papuleux ou tuberculeux. Mais en est-il toujours ainsi? La diathèse arthritique elle-même ne vient-elle pas modifier les manifestations syphilitiques pour leur donner les apparences d'un processus vulgaire? Le doute est permis,

quand on sait combien la syphilis est influencée par le terrain sur lequel elle évolue.

Les squames ne sont pas du tout le corollaire forcé de toute infection vénérienne, elles manquent chez la plupart des sujets. Dès lors, ces squames ne sont-elles pas le produit de deux facteurs qui concourent également à leur production?

Voyons ce que dit Fournier dans son beau livre sur la syphilis : « La syphilide papulo-squameuse à desquamation abondante peut quelquefois se rapprocher, comme aspect, du psoriasis vulgaire, au point de risquer d'être confondue avec ce dernier. On observe même des cas où le diagnostic de ces deux éruptions est assez délicat pour tenir en échec les praticiens les plus experts. » Il indique ensuite les moyens de reconnaître ces deux manifestations cutanées, l'une d'origine vulgaire, l'autre spécifique. Nous citerons au chapitre du diagnostic les signes différentiels qu'il énumère. Contrairement à Bazin, Fournier admet des syphilides ou la squame est le fait principal, mais ces éruptions, très rares du reste, se rapprocheraient beaucoup plus du pityriasis que du psoriasis.

Le Dr Jullien, dans son Traité sur la syphilis, écrit les lignes suivantes : « Toutes les formes de la papule, si diverses qu'elles soient, sont passibles du processus squameux. C'est ainsi que les éléments lenticulaires sont véritablement transformés en éléments de psoriasis guttata, et que la syphilide circinée squameuse offre les plus grands rapports avec les variétés de psoriasis figurata ou gyrata, connues sous le nom de lèpre vulgaire. Un des cas les plus remarquables que nous ayons vu est celui d'un malade de Saint-Louis (service Fournier), qui présenta une infiltration considérable occupant en nappe continue, à la façon d'un nœvus, la moitié supérieure de la région dorsale et une bonne partie de la poitrine. Cette sur-

face, recouverte de squames, offrait une ressemblance frappante avec le psoriasis vulgaire. Ce jeune homme ayant souffert autrefois de diverses manifestations strumeuses, nous ne serions nullement éloigné de croire qu'il s'agissait d'une syphylis modifiée par l'herpétisme. »

Mauriac ne croit pas que la syphilis soit seule en cause dans le psoriasis spécifique. Il insiste beaucoup sur cette idée dans ses cliniques particulières, et fait ressortir l'insuffisance du traitement spécifique. Voici, du reste, ce qu'il écrit à ce sujet (1) :

« Une syphilide papuleuse peut être d'emblée et primitivement squameuse, ou bien le devenir à la longue et seulement dans ses dernières phases. En général, l'intensité de la prolifération squameuse, sa durée, sa persistance, ainsi que son épaisseur, la dureté et l'adhérence des squames, sont en raison directe de la largeur des papules, de leur tendance à se circonscrire, de leur apparition tardive, de la fréquence de leurs récidives, et enfin de leur siège ; car, certaines régions comme la face, la paume des mains et la plante des pieds, prédisposent singulièrement à ce mode d'éruption.

Mais en dehors de ces circonstances générales, communes à tous les malades, il y a certainement des causes particulières, des idiosyncrasies, qui font que chez tels ou tels individus, la papule, quel que soit son âge, sa forme, ses dimensions, s'accentuera toujours dans le sens squameux. C'est par suite de telles conditions que les syphilodermies de cette espèce sont vraiment psoriasiformes. » Et plus loin, p. 561, à propos du psoriasis palmaire et plantaire : « Tant de mauvaises conditions se réunissent, dans les psoriasis profonds et tardifs qui

(1) *Leçons sur les maladies vénériennes,* Paris 1883, p. 552.

survivent à toutes les autres manifestations de la syphilis et se montrent si réfractaires à la médication spécifique, qu'on se demande avec raison s'ils dépendent uniquement de la syphylis. Bien des fois je me suis posé cette question sur laquelle je reviendrai à propos du diagnostic. Je puis vous dire d'avance que je suis loin de partager l'opinion des syphiliographes qui voient en lui un véritable certificat de syphilis, contre lequel il n'est pas de protestation possible, et qui déclarent qu'aucune autre maladie n'est capable de produire une lésion identique. »

En Allemagne, Simon (Fréd. Alex.) (die Hautkrankheiten dürch anatomisch untersuchungen erlauert), et Riecke (Handbuch uber die krankheiten der Haut) admettent un véritable psoriasis syphilitique. Hébra, au contraire, dans son livre, se range à l'opinion de Bazin. Zeissl enfin conclut comme Hébra, et décrit tout au long les lésions des syphilides papulo squameuses.

En Angleterre, rien de remarquable à signaler. Cependant on trouvera dans la : *Lancet* et les Archives of Dermatology, une série de faits cliniques intéressants.

En Amérique, Duhring admet que la squame est secondaire à l'apparition de la papule.

La question de la primordialité de la squame dans les syphilides psoriasiformes ne semble donc pas encore tranchée à l'étranger comme en France, et la tendance nouvelle paraît vouloir expliquer sa présence dans les affections cutanées syphilitiques, par l'existence simultanée, au moins à l'état latent, de la diathèse Herpetique.

ÉTIOLOGIE

A vrai dire, la cause des syphilides psoriasiformes est bien simple, et cette cause consiste dans l'envahissement de l'économie par le virus syphilitique. Toute éruption de cette nature, quand elle est vraiment syphilitique, a pour corollaire obligé la néoplasie primitive chancreuse ou bien la syphilis héréditaire ; mais l'influence de cette dernière est bien faible, car les syphilides papulo scquameuses sont très rares chez les nouveaux nés. Mais, en outre de cette condition étiologique primordiale et essentielle, nous croyons qu'il existe un autre facteur non moins important peut-être : le terrain sur lequel évolue la syphilis.

Les syphilides psoriasmes constituent en général des manifestations assez tardives de l'intoxication vénérienne. Cependant, nous avons pu voir sur un malade du Dr Mauriac les squames survenir quatre mois après la première apparition du chancre; il est vrai que le sujet était très nettement arthritique et même dartreux. Le plus souvent, c'est de six mois à deux ans après l'inoculation qu'elles apparaissent sur l'enveloppe cutanée.

Le psoriasis diathésique est rare dans les formes bénignes

de la vérole. Comme le fait remarquer Diday, dans son traité sur la thérapeutique de la syphilis, les syphilides squameuses sont presque toujours l'apanage des formes sévères ou graves. Et alors, tantôt on peut attribuer cette malignité à des excès de toute sorte, aux tares héréditaires, aux maladies antérieures débilitantes, et à la plus ou moins grande réceptivité du sujet, tantôt on la voit survenir chez des sujets très robustes et très sains en apparence, et alors on invoque une condition particulière du virus syphilitique. Mais on sait qu'une syphilis très bénigne peut engendrer une syphilis très maligne ; et d'ailleurs, nos connaissances sur la nature du virus vénérien sont si incomplètes, malgré les nombreuses recherches qui ont été faites ces dernières années, que nous serions imprudents, à l'heure actuelle, de rien préjuger là-dessus.

Le siége des syphilides a une très-grande influence sur la production des squames. A la face, au cuir chevelu, à la paume des mains, à la plante des pieds, les papules ont une grande tendance à devenir squameuses. Le fait est trop connu pour que nous ayons besoin d'insister.

La nature des éruptions n'est pas non plus sans influence. Ainsi que l'avait bien vu Bazin, les squames ne sont dans la grande majorité des cas qu'un épiphénomène survenant dans un processus papuleux. Peut-être est-il allé trop loin en niant la possibilité d'un processus où la squame serait primitive et jouerait le principal rôle; mais, en tout cas, ce processus est très-rare. Les petites papules n'ont guère de tendance à prendre un aspect psoriasiforme. Mais, si les grosses papules lenticulaires se couvrent de squames, elles pourront être facilement confondues avec le psoriasis guttata. Les syphilides à larges papules sont celles qui se transforment le plus souvent en papulo-squames quand elles n'ont pas ce caractère d'emblée.

Quand l'hyperplasie dermo-papillaire n'est pas circonscrite,

mais se produit d'une manière diffuse sur une grande étendue, il en résulte une éruption papuleuse en nappe qui peut très-rapidement prendre l'aspect squameux. L'éruption simulera alors le psoriasis en plaques.

Par conséquent, la variété du psoriasis syphilitique est absolument commandée par la disposition préexistante des papules, leur situation agminée ou solitaire.

On a remarqué que, plus les papules sont larges, plus elles tendent à se circonscrire, plus elles sont tardives dans leur apparition et fréquentes dans leurs récidives, et plus la prolifération squameuse est persistante, abondante, épaisse et dure.

Toutes les époques de la vie ne paraissent pas également atteintes par les syphilides squameuses : leur fréquence s'accroît en raison directe de l'âge. Très rares chez les enfants, elles paraissent plus abondantes à l'âge adulte ; elles sont très-fréquentes chez les vieillards. La peau sèche de ces derniers y prédispose admirablement.

Quant au sexe, peut-être n'est-il pas aussi sans influence. En effet, M. de Tornéry, interne des hôpitaux de Paris, a bien voulu nous communiquer une sorte de statistique dressée par lui et comprenant 100 malades de l'hopital du Midi et 100 malades de l'hôpital Lourcine. Le premier de ces hôpitaux ne reçoit que les hommes, et le second les femmes seulement. Or, le chiffre des syphilides squameuses a été deux fois et demi plus élevé à l'hôpital du Midi qu'à l'hôpital Lourcine. Devons-nous ne voir là qu'une simple coïncidence ? Cela semble difficile, surtout si nous admettons que la peau est plus grasse, plus humide chez la femme que chez l'homme, et partant moins favorable aux productions squameuses.

L'influence des races et des climats n'est pas connue; les auteurs ne fournissant aucun renseignement sur ce point.

Cependant, durant un séjour de près de trois ans aux Antilles et à la Guyane, nous avons rarement constaté de vastes syphilides à forme psoriasique ; et pourtant, la négligence du noir et son ignorance d'une bonne hygiène, la chaleur du climat et l'anémie fréquente dans ces contrées, font que les formes malignes de la vérole y sont fréquentes. La sécrétion trop abondante des glandes sébacées, la peau huileuse du nègre, ne sont sans doute pas sans influence.

Certains malades ont d'emblée une syphilide psoriasiforme, chez d'autres les syphilides papuleuses ne le deviennent qu'à la longue et seulement dans les dernières phases.

« Mais en dehors de ces circonstances générales communes à tous les malades, il y a certainement des causes particulières, des idiosyncrasies, qui font que chez tels ou tels individus, la papule, quel que soit son âge, sa forme et ses dimensions, s'accentuera toujours dans le sens squameux. » Dr Mauriac.

Cet auteur ne fait jouer à la syphilis qu'un rôle mixte dans la pathogénie de la squame. Il croit que la diathèse herpétique modifie profondément la syphilide et lui donne un aspect tout spécial : Celle-ci serait, dès-lors, le résultat de deux facteurs différents. Le Dr Jullien ne serait pas loin d'admettre cette hypothèse, qui semble justifiée, comme nous le verrons par le traitement.

M. Grondin (1) a bien voulu nous communiquer l'observation suivante, qui nous paraît très concluante à cet égard :

OBSERVATION II

Félicie ***, née aux Andelys, hôpital Lourcine, salle Frascator,

(1) Externe dans le service du Dr Pozzi.

n° 7, âgée de 22 ans, fille unique de parents riches, a quitté la maison paternelle pour suivre un cousin à Paris. Là, elle a contracté la vérole, et entre dans le service du Dr Pozzi en mars 1886.

A son entrée : l'état général laisse beaucoup à désirer ; il y a déjà six mois qu'elle a contracté son affection et n'a suivi aucun traitement régulier. Nombreuses plaques muqueuses de la vulve ; iritis ; éruption papulo-squameuse très marquée sur le tronc, les bras, les cuisses ; éruption papulo-granuleuse sur la face, se concentrant principalement dans le sillon naso-labial. Alopécie. Au niveau des épaules, les placards squameux sont si épais, si blancs, qu'ils simulent à s'y méprendre le psoriasis diffusa. Antécédents héréditaires : père et grand-père goutteux ; elle-même souffre souvent d'une très violente migraine qui l'oblige alors à suspendre toute occupation.

Le traitement spécifique, aidé de bains sulfureux, de topiques locaux, n'a eu raison que très lentement de cette syphilide, qui a persisté plus de trois mois sans amélioration.

Il nous semble que, dans cette observation, l'herpétisme et la syphilis ont été également en cause pour la production des squames psoriasiques. L'insuccès partiel du traitement spécifique employé seul dans ce cas paraît confirmer notre hypothèse.

Il serait certainement intéressant de rechercher, au point de vue étiologique, l'influence d'une affection intercurrente sur la production des syphilides squameuses. Nous avons pu observer dans le service de M. le professeur agrégé Robin (1) (hôpital du Midi, première salle n° 9), un cas très intéressant de syphilide papulo-squameuse chez un *diabétique*, simulant à s'y méprendre le psoriasis commun.

---

(1) M. Robin remplaçait alors le Dr Simonet.

OBSERVATION III

P. R... 52 ans, commis-voyageur en liquides, situation aisée. Père mort d'emphysème ; oncle goutteux. Du reste, dit-il, on connait depuis longtemps la goutte dans la famille. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels au point de vue dartreux.

Il a contracté un chancre de la racine du fourreau, il y a trois ans et demi. Depuis, il a eu une roséole assez abondante ; de l'iritis, des plaques à l'anus et entre les orteils. Pas d'exostoses, pas de troubles viscéraux profonds.

Il entre à l'hôpital du Midi porteur d'une éruption très tenace, légèrement prurigineuse, qui occupe le tronc, principalement les épaules, la nuque, la racine des membres supérieurs, la face interne des cuisses. La face et le cuir chevelu portent également de petites élevures grisâtres granulo-squameuses, plus accentuées dans le sillon naso-labial. Sur les bras et sur les cuisses on trouve des papules à peine squameuses ; sur les épaules, on rencontre également des papules à peu près nues, mais par contre, on envoit d'autres qui sont agminées et couvertes d'une épaisse couche de squames grisâtres, simulant à s'y méprendre le psoriasis guttata.

Sur la poitrine, il existe des ilots assez vastes, de grosses papules nummulaires confondus ensemble, couvertes de squames et présentant l'aspect de vastes placards psoriasiques. Mais leurs bords sont à peu près libres et tranchent sur les parties voisines par leur couleur rouge foncé.

Le cuir chevelu présente également de nombreuses squames.

Cette manifestation résiste depuis plus de quatre mois à un traitement spécifiqne bien institué et prodigué *largâ manu*.

Le lendemain de l'entrée, le malade se plaint d'une balano posthite qui existe depuis quelque temps déjà. Il s'en étonne d'autant plus que, n'ayant pas de désirs génésiques, il s'est abstenu de rapports sexuels depuis plusieurs mois. Les balano posthites du diabète sont bien connues, paraît-il, à l'hôpital du Midi, où il s'en présente un assez

grand nombre chaque année. Les malades qui en sont porteurs se croient atteints de chaude-pisse, et attribuent presque toujours leur maladie à des excès vénériens. Les urines sont toujours examinées et on y constate souvent une quantité notable de sucre. C'est ce qui eut lieu dans le cas présent, lorsque l'interne du service procéda à l'analyse de cette urine. Le malade ne présentait cependant ni polyurie, ni polydypsie, ni éruption furonculeuse ou tout autre signe diagnostique capable de faire songer à une affection diabétique. Ces cas de diabète qui restent longtemps larvés à leur début sont du reste bien connus actuellement : aussi n'insisterons-nous pas. Mais, chose importante à noter, c'est que, sous l'influence du régime et du traitement antidiabétique, des bains alcalins surtout, et du traitement ioduré institué concurremment, les syphilides squameuses, qui avaient persisté avec une opiniâtreté désespérante, disparurent très rapidement, et, au bout d'un mois et demi, le malade sortit de l'hôpital complétement guéri de son éruption et de sa balano posthite.

Nous avons cru devoir rapporter tout au long cette observation personnelle, parce que elle nous a paru fort utile au point de vue de la pratique médicale, et aussi parce quelle correspond bien à l'dée que nous nous sommes faite de l'énorme influence de la diathèse arthritique sur les manifestations psoriasiformes de la syphilis. Bon nombre d'auteurs, en effet, et Bouchard entre autres, font du diabète une maladie par relentissement de la nutrition, très voisine de la goutte.

La diabète peut encore avoir agi, dans le cas que nous rapportons, en diminuant la vitalité de la peau et en donnant à l'épiderme une sécheresse tout à fait spéciale favorisant puissamment la prolifération des squames.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la partie historique de ce modeste travail, nous avons vu deux doctrines différentes régner sur la pathogénie du psoriasis syphilitique. L'une, la plus ancienne, admettant que la squame est l'élément primordial, la partie essentielle; l'autre, la plus récente et la plus généralement acceptée aujourd'hui, soutenant que cet élément n'est qu'un épiphénomène survenant dans des processus papuleux, érythémateux. Fournier, Lanceraux, Rollet ont observé, paraît-il, des cas où le processus squameux était en quelque sorte primitif et jouait le principal rôle. Mais ils ajoutent aussitôt que ces faits sont excessivement rares, comparés à ceux où les écailles épidermiques apparaissent comme phénomène secondaire.

La papule, plus ou moins atténuée, plus ou moins modifiée, suffit presque pour expliquer toutes les manifestations cutanées de la syphilis. Au fond, ce sont toujours les mêmes lésions; elles sont constituées par le même processus histologique d'hyperhémie et de multiplication des cellules embryonnaires, quoiqu'on puisse être surpris tout d'abord, vu la simplicité des moyens, de la complexité des résultats.

Remarquons, du reste, que la vérole n'emploie pas là d'élé-

ments nouveaux, et se sert d'éléments morbides communs. Rien, dans l'étude microscopique de cette éruption cutanée, ne vient révéler son caractère spécifique ; ce sont seulement de petites inflammations isolées, nodulaires, n'ayant de remarquable que leur multiplicité et quelquefois leur arrangement (gommes).

L'hyperhémie simple ne joue dans l'éruption squameuse qu'un rôle assez effacé. Elle est bien moins importante que l'infiltration cellulaire. Suivant que cette infiltration est plus ou moins marquée, plus ou moins étendue, la papule qui supporte les squames est plus ou moins saillante, plus ou moins large. Souvent, par un mode particulier de résorption, la papule s'aplatit complètement, ne faisant alors qu'un relief imperceptible sur la surface cutanée et prenant toutes les apparences d'une simple tache érythémateuse : c'est sans doute ce qui a pu tromper certains auteurs sur l'essence particulièrement papuleuse de ces dermatoses. Quelquefois, surtout dans les périodes tardives de la syphilis, l'infiltration cellulaire se condense, envahit tout le derme, l'altère profondément, et amène des pertes de substance. Du reste, l'ulcération se produit rarement dans les cas de psoriasis spécifique, et c'est là une chose tout-à-fait exceptionnelle.

Les papules ordinaires sont déjà le siége d'une desquamation transitoire, d'une exfoliation éphémère des couches les plus superficielles de l'épiderme. Mais dans le psoriasis syphilitique, les produits morbides, au lieu de s'éliminer, restent sur place, s'entassent les uns sur les autres, et couvrent l'élément générateur d'une sorte de carapace squameuse adhérente, sèche, écailleuse, plus ou moins épaisse, friable ou compacte, quelquefois même dure ou cornée. A première vue, les squames de cette syphilide et les squames du psoriasis vulgaire ou dartreux peuvent paraître identiques; mais, à un

examen plus attentif, on y constate bientôt de notables différences.

Les squames de la syphilide papulo-squameuse sont en général beaucoup moins épaisses ; quand elles le sont, elles tendent à prendre le caractère croûteux. Elles sont plus petites, moins régulières, beaucoup moins blanches et presque grisâtres, parce qu'elles sont beaucoup moins sèches que dans les cas de psoriasis dartreux. Elles ne présentent pas non plus la même superposition régulière qui permet, comme cela a lieu dans l'éruption dartreuse, de séparer avec l'ongle une série de strates régulièrement disposées ; aussi, ne présentent-elles pas au grattage l'éclat micacé caractéristique de ces dernières.

En résumé, s'il y a de grandes analogies dans les altérations histologiques du psoriasis syphilitique et du psoriasis dartreux, il y a aussi des dissemblances qui n'échapperont pas au praticien exercé. Là, comme ailleurs, la clinique sera souvent le meilleur guide, et c'est elle qui décidera en dernier ressort sur la nature de l'éruption, bien qu'au point de vue microscopique la dermatose spécifique et la dermatose vulgaire soient toutes deux une inflammation des papilles s'accompagnant d'une modification spéciale de l'épiderme. (Neumann, Kaposi).

SYMPTOMATOLOGIE

Nous serons brefs sur la symptomatologie, chaque cas ayant, pour ainsi dire, sa physionomie spéciale, et les formes que nous allons décrire se combinant entre elles de façon si différentes que, justifiables au point de vue didactique, elles ne le sont guère au point de vue clinique. Nous nous reporterons donc, pour plus de détails, aux différentes observations insérées dans cette thèse.

Cependant, il paraît logique au point de vue clinique d'admettre deux formes de syphilides psoriasiques : 1° la forme guttata ; 2° la forme diffusa.

A. — *Syphilide papulo-squameuse simulant le psoriasis guttata.*

Le malade présente ou ne présente pas, suivant les cas, d'autres manifestations syphilitiques. On constate principalement sur le tronc, au niveau de la poitrine, des épaules, du sacrum, sur la nuque, sur la face, des plaques arrondies et squameuses de petite dimension et ressemblant, soit à du vieux plâtre, soit à *des taches de bougie*.

Au niveau du front, elles suivent volontiers la ligne d'implantation des cheveux et constituent une des variétés de la couronne de Vénus; elles sont beaucoup plus aplaties que les papules ordinaires, de sorte qu'il est difficile de saisir leur relief.

Au niveau du nez, elles forment des saillies pisiformes et grenues, caractéristiques, d'un blanc jaunâtre. Concentrées principalement dans le sillon naso-labial, ces petites papules squameuses se disséminent parfois au pourtour de la bouche; souvent elles se fendillent au niveau des plis, et il en résulte des sillons érosifs, des gerçures et des crevasses qui, après un léger suintement, se recouvrent de petites croûtes. Dans certains cas, exceptionnels du reste, cette éruption papulo-squameuse devient absolument cornée. Voici un exemple typique que nous empruntons à l'ouvrage du Dr Mauriac :

OBSERVATION IV

Le malade avait encore sur la verge des chancres infectants multiples, largement papuleux, érosifs et non cicatrisés, qui dataient de sept semaines. Les manifestations cutanées avaient d'abord envahi la face. Elles dataient de dix jours environ, et voici en quoi elles consistaient : Papules plates squameuses sur le front. A côté des ailes du nez, autour des lèvres et sur le menton, papules très saillantes, plus grosses qu'un pois, et toutes surmontées d'une concrétion cornée, dure, sèche, lisse et très homogène, d'une couleur grise et un peu ambrée. Les papules présentaient une surface rouge et sanguinolente quand on en arrachait les productions cornées qui les recouvraient. Une de ces squames cornées avait plus d'un centimètre de longueur. Larges croûtes sèches et granuleuses sur les cheveux. Encore rien sur les muqueuses.

Le cuir chevelu présente très fréquemment des productions

squameuses mêlées à des croûtes de séborrhée. Il en est de même pour la barbe.

Les papulo-squames sont fréquentes également au niveau du scrotum et du périnée. Sur les membres, on les voit beaucoup plus du côté de la flexion que du côté de l'extension.

Tantôt, les amas de squames sont disséminés sans ordre ; tantôt, au contraire, ils forment par leur juxtaposition des dessins bizarres. Ce sont alors des *rubans squameux*, des *cercles* ou des fragments de cercle, des *8 de chiffre*. D'autrefois, ils forment des *groupes stellaires* ou *corymbiformes*. Certaines de ces papules squameuses, presque complètement dépouillées, tranchent sur la couleur normale de la peau par leur teinte jambonnée.

Il est rare que les squames couvrent tout-à-fait le support papuleux ; presque toujours elles laissent apercevoir le bourrelet rougeâtre qui constitue le bord de la papule. Tantôt, celle-ci forme un relief faible mais appréciable, tantôt, la saillie est imperceptible, et on dirait une simple tâche érythémateuse.

Les écailles sont en général moins épaises, moins argentées, moins indépendantes que dans le psoriasis vrai. Il est rare qu'on rencontre les *taches de bougie* sur les coudes et sur les genoux comme cela a lieu d'une façon à peu près constante dans l'éruption dartreuse. Elles se montrent de préférence, comme nous l'avons dit plus haut, sur les épaules, le devant de la poitrine, la face et sur les membres du côté de la flexion.

B. — *Syphilide papulo-squameuse simulant le psoriasis diffusa.*

C'est également dans ces régions que se montre de préférence les gros placards de psoriasis syphilitique à forme diffuse. On les voit fréquemment aussi au niveau du scrotum et de la région sacrée. Ils sont rares sur les membres. Dans cette forme, les papules, au lieu d'être solitaires comme dans la forme précédente, sont groupées, agminées, serrées les unes contre les autres au point de se confondre. Par contre, l'éruption perd en dissémination ce qu'elle gagne en volume. Les placards sont gros ; ils sont peu nombreux, deux ou trois tout au plus, et souvent ils sont uniques. Quelquefois, on trouve autour du gros placard un certain nombre d'éléments isolés qui, étant à différentes périodes de développement, en expliquent la pathogénie.

Les couches squameuses sont en général plus abondantes, plus blanches et moins grisâtres que dans la forme précédente ; aussi, la ressemblance avec un placard de psoriasis vulgaire est fort grande et peut parfois embarrasser le praticien le plus exercé.

D'autres fois, les papules, quoique rapprochées au point de se confondre, restent parfaitement distinctes. Ces syphilides psoriasiformes ressemblent fort à des rosaces et pourraient être qualifiées de *syphilides en rosaces*.

Barthélemy a vu dans une forme grave de syphilis, la syphilo-dermie constituée presque exclusivement par des éléments de cet ordre. Ils existaient en assez grande abondance sur les genoux, au niveau et autour de la rotule, et étaient tellement psoriasiformes que, si l'on n'avait pas vu l'ensemble de l'éruption, il eût été impossible, dit-il, de porter avec certitude le diagnostic objectif de syphilis.

PRONOSTIC

Le psoriasis syphilitique ne survient guère que dans les formes moyennes et dans les formes graves (Diday). Par conséquent, le pronostic devra toujours être réservé quant à l'évolution future de la syphilis. Les formes simulant le psoriasis guttata sont plus favorables à ce point de vue spécial que les papulo-squames en large nappe qui indiquent toujours une profonde intoxication de l'économie par le virus syphilitique. Cependant, cette affection est si capricieuse, que des sujets porteurs de vastes placards se sont trouvés complètement guéris après la disparition de cette manifestation cutanée, et n'ont pas eu le moindre accident tertiaire. Mais nous croyons que ce sont là des faits exceptionnels.

La durée des syphilides psoriasiformes est toujours assez longue, non-seulement à cause de la persistance des lésions, mais encore à cause de l'apparition sans cesse renouvelée de jeunes éléments éruptifs. Cependant, elle n'est pas chronique comme le psoriasis. Sa persistance n'est souvent en rapport qu'avec l'insuffisance des doses hydrargiriques, et M. le professeur Fournier insiste beaucoup sur cette particularité du traitement. Ce savant maître reconnaît toutefois que la durée

de cette dermatose spécifique est plus longue que celle d'aucune autre syphilide secondaire.

Le Dr Mauriac, qui a également une grande expérience en cette matière, n'a pas une bien grande confiance dans le traitement spécifique appliqué seul ; et, au cours des leçons qu'il professe chaque année à l'hôpital du Midi, il ne manque jamais de citer des cas qui ont persisté avec une longueur désespérante, malgré des doses fort élevées de mercure et d'iodure de potassium.

Le Dr Horteloup, ancien chirurgien de l'hôpital du Midi, conseille aussi de ne pas trop se hasarder sur la durée probable de cette dermatose spécifique. Il convient donc d'être très prudent à cet égard, surtout à cause des récidives qui s'observent assez souvent. Cependant, on pourra, pour éclairer son pronostic, s'appuyer avec avantage sur la marche des lésions, l'apparition ou l'absence d'éléments nouveaux, l'étendue de la syphilide, le terrain sur lequel elle évolue, l'âge du sujet, la période actuelle de la syphilide..... Mais nous croyons surtout qu'un tempérament nettement arthritique et dartreux est une condition essentiellement défavorable qui prolonge beaucoup la durée de la dermatose, et nécessite presque toujours un traitement mixte.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des syphilides psoriasiformes peut être ou très facile ou très difficile, suivant que le médecin aura ou non des renseignements exacts sur les antécédents du malade, suivant qu'il y aura d'autres manifestations syphilitiques concommitantes qui éclaireront le praticien et le mettront sur la voie de la nature probable de cette éruption.

Dans les cas difficiles, le syphiliographe même le plus exercé peut s'y tromper, ainsi que le fait fort justement remarquer Fournier. Il ne faut pas toujours, en effet, s'attendre à des renseignements exacts. L'intoxication par le virus syphilitique échappe quelquefois aux malades, et ils répondent alors de la meilleure foi du monde que jamais ils n'ont eu la vérole. L'insistance du médecin les étonne, les inquiète; ils s'indignent même parfois de ce qu'on mette ainsi en doute leur véracité.

Tantôt, dans ces cas, le chancre syphilitique n'a eu qu'un faible développement et une courte durée, comme cela arrive assez souvent, et le patient peu soigneux de sa personne n'a pas pris garde aux éruptions cutanées légères qui ont pu survenir. Il s'imagine alors n'avoir eu qu'une simple écorchure et, content de cette explication, il ne s'en préoccupe plus.

Tantôt le chancre est passé inaperçu, parce qu'il siégeait dans une région difficilement acccessible, telle que le canal de l'urèthre, etc.....

Parfois, la syphilis n'a pas été transmise par le coït, mais par un mécanisme différent. Bien des personnes, en effet, ne se font pas scrupule, durant la période véritablement virulente de leur maladie, d'embrasser leurs parents, leurs amis, et peuvent ainsi transmettre l'affection dont ils sont atteints, si les lèvres ou la muqueuse commissurale sont le siége de plaques muqueuses.

Dans certains cas, c'est un mari qui a transmis la syphilis à sa femme, et qui tient naturellement à lui donner le change sur les symptômes qui en ont été la suite obligée.

Lorsque le praticien se trouvera en présence de cas semblables, il ne sera pas trop dans l'embarras s'il peut constater quelques reliquats de syphilis antérieure; mais, s'il n'a pour affirmer son diagnostic que l'éruption elle-même, il pourra fort bien confondre le psoriasis spécifique avec le psoriasis vulgaire.

Cependant, par un interrogatoire minutieux du malade, on peut enlever une bonne partie de ses doutes sur la nature de l'affection. Ainsi, l'anémie subite et sans cause apparente, lorsqu'elle n'est pas déterminée par la tuberculose commençante, les céphalalgies gravatives et nocturnes, les douleurs rhumatoïdes et astéocopes, l'alopécie les douleurs au fond de la gorge, les laryngites tenaces, éveilleront l'attention et feront penser à la syphilis.

Quelquefois, en examinant le malade à fond, on peut rencontrer sur les lèvres, sur les amygdales, sur un des piliers du voile du palais, sur la langue, une manifestation suspecte qu'on finit par reconnaître pour une plaque muqueuse. Souvent, c'est au niveau de la vulve, du vagin, au pourtour de

l'anus qu'on rencontre une érosion caractéristique ou une papule large et plate qui fixeront aussitôt le diagnostic. Les tibias peuvent aussi porter à leur face interne des exostoses qui se sont développées depuis peu et ne remontent pas à l'enfance du sujet. Leur présence, lorsqu'elle ne s'explique par aucune maladie osseuse, sera toujours suspecte et devra éveiller les soupçons.

Bref, un clinicien consciencieux qui ne laissera rien échapper à ses différents moyens d'investigation, trouvera presque toujours des témoins irrrécusables d'une syphilis antérieure.

Lorsqu'il n'aura pour s'éclairer que l'éruption elle-même, il s'appuiera sur une série de signes distinctifs que nous allons indiquer. Il devra, du reste, tenir grand compte, dans tous les cas, de l'éruption cutanée ; car rien n'empêche un psoriasis vulgaire d'évoluer chez un syphilitique. Cela s'est vu plusieurs fois ; les auteurs en citent des observations très probantes, et le praticien s'exposerait à bien des insuccès de traitement s'il attribuait à la grande diathèse ce qui relève d'un processus vulgaire.

Ainsi, dans le cas que nous allons rapporter et qui est dû au Dr Mauriac, il ne semble pas que la syphilis ait été en cause.

OBSERVATION V

La maladie constitutionnelle avait été peu sévère dans ses premières manifestations, qui s'étaient bornées à qnelques plaques muqueuses et à quelques éruptions cutanées superficielles. Aucun accident pendant dix-huit ans. Au bout de ce long intervalle : affection linguale contre laquelle M. Ricord employa la liqueur de Van Swieten. Quand le malade vint me consulter pour la première fois, je lui trouvai un psoriasis corné de la langue qui ne me parut avoir au-

cune teinte syphilitique. Rien sur les autres parties du corps. Mais un an après, l'affection s'était généralisée. Dans la paume des mains, surtout à droite, larges plaques rouges parsemées d'amas d'épiderme corné, affectant la disposition circinée sur quelques points. Aux commissures des lèvres, masses psoriasiques énormes, plaques végétantes cornées, creusées d'une profonde rhagade. Langue toujours dans le même état, épaissie, dure, coriace. Salivation abondante. Sur le tronc et sur les bras, larges cercles rouges érythémato-papuleux sans sécrétion épidermique (psoriasis circiné dans sa première période) ne ressemblant point au psoriasis argenté de la dartre. Il était peu probable cependant que cette lésion fût syphilitique, car dans sa vingtième année la syphilis ne s'arrête pas à de pareilles bagatelles : elle produit alors des dermopathies profondes et ulcéreuses. Les bourses étaient également couvertes de plaques psoriasiques, cornées et confluentes. Santé générale très bonne, tempérament sanguin, dyscrasie hemorrhoïdale. *Excès de tabac autrefois.*

Le traitement spécifique, aidé de l'arsenic et des alcalins, échoua et ne donna que des résultats insignifiants et éphémères.

Quand un malade est syphilitique, on a une grande tendance à voir, dans toutes les éruptions cutanées qu'il présente, des manifestations spécifiques. Il faut se garder soigneusement de cette tentation qui pourrait conduire à des méprises grossières. Citons à ce sujet le cas suivant qui nous parut typique, et dont nous prîmes immédiatement l'observation.

OBSERVATION VI (Résumée).

En 1885, se présentait à la consultation du Dr Desprès, chirurgien de la Charité, un malade porteur d'une ancienne fracture mal consolidée, siége de vives douleurs. Nous ne parlerons pas du diagnostic chirurgical, et du traitement qui fut institué.

Mais, en examinant cet homme de plus près, on reconnut à des

signes certains qu'il était nettement syphilitique : polyadénite, traces de roséole, papules squameuses assez abondantes sur le dos et sur les bras, quelques squames sur la paume de la main. Le chancre remontait à sept mois environ ; le malade s'était mal soigné et n'avaient pas suivi de médication spécifique. Chose remarquable : de larges placards simulant absolument le psoriasis ordinaire, et recouvrant non-seulement les genoux, mais presque toute la partie inférieure des cuisses. C'eût été là un très beau cas de psoriasis syphilitique ; mais le malade nous raconta que depuis longtemps il se faisait traiter pour cette dartre à l'hôpital St-Louis. Il en avait été atteint bien avant d'être syphilitique. — Nous avons vivement regretté de ne pouvoir suivre longtemps ce malade, car nous n'avons pas pu savoir s'il a présenté plus tard du psoriasis syphilitique véritable. Son tempérament dartreux devait, en effet, tendre à donner à ses syphilides le caractère squameux.

A. — *Syphilides lenticulaires ou en gouttes.*

Lorsque le clinicien n'aura que l'éruption pour éclairer son diagnostic, il pourra, dans les cas de syphilides papulo-lenticulaires très squameuses, croire à une éruption de psoriasis guttata. En général, les papules spécifiques sont plus rondes, plus petites, mais plus dures, plus résistantes et plus saillantes que la papule du psoriasis vulgaire. Elles ont plus de corps, dit Barthélemy, et se sentent mieux au doigt. Les nos 219, 220, 727 du Musée de l'hôpital Saint-Louis, offrent de très beaux exemples de syphilides papulo-squameuses.

Comparées aux papules de la syphilis, les papules psoriasiques sont plus minces, plus étalées, elles regagnent en largeur ce qu'elles perdent en épaisseur, et ne sont que difficilement perceptibles au toucher.

La couleur des papules lenticulaires est plus sombre, plus

bronzée ; elle abonde dans les notes cuivrées. Les papules psoriasiques sont d'un rouge tirant sur le jaune et souvent cette teinte est assez nette pour imposer le diagnostic.

L'aspect brillant, vernissé, fait rarement défaut aux papules squameuses de la syphilis ; il manque aux papules du psoriasis, dont les squames sont trop épaisses pour avoir un éclat miroitant.

La localisation de ces dernières ne se fait pas au hasard. Elles se montrent presque toujours aux coudes et aux genoux et du côté de l'extension, au cuir chevelu et au sacrum, puis à la face, au tronc et sur les membres. La paume des mains et la plante des pieds restent constamment indemnes, ou ne sont atteintes que très exceptionnellement. Lorsqu'elles sont le siége de l'éruption, le diagnostic de syphilides est à peu près assuré.

Les syphilides, nous l'avons déjà dit, se montrent de préférence sur les épaules, la nuque et d'une façon générale on les voit, quand elles se sont étendues sur les membres, beaucoup plus dans le sens de la flexion que dans le sens de l'extension. C'est le contraire pour le psoriasis vrai.

Les syphilides sont plus humides que les psoriasides ; elles sont même assez souvent érosives. Elles sont aussi plus uniformes, plus semblables entre elles quant à leur volume. Elles affectionnent la forme ronde à bords réguliers qui est, pour ainsi dire, la marque typique de toute éruption cutanée d'origine spécifique.

B. — *Syphilides squameuses en nappe ou diffuses.*

Les syphilides papuleuses en nappe simuleront surtout les plaques du psoriasis diffusa. Dans ces cas, l'hyperhémie der-

mo-papillaire n'est pas circonscrite, mais se produit sur une grande étendue. Il en résulte une éruption papuleuse en nappe qui s'étale parfois sur des surfaces très vastes, au point de recouvrir toute une région.

Or, cette modalité clinique de l'éruption papuleuse a une très grande tendance à devenir squameuse, quand elle ne l'est pas d'emblée. Elle constitue des placards épais, véritables syphilômes, infiltrant la peau dans toute son épaisseur. Mais on trouve presque toujours autour de ces placards un certain nombre d'éléments isolés, véritables satellites, gravitant autour de ce foyer central. Comme ils sont très souvent ou plus jeunes ou plus vieux que la lésion principale, ils en montrent la nature et expliquent le mécanisme de sa formation. Dès-lors, ils peuvent éclairer le praticien.

Dans les cas cependant où l'hésitation serait encore possible, on se fondera sur les caractères différentiels que nous avons énumérés plus haut. De plus, on insistera sur la minceur toute particulière du psoriasis dartreux. Besnier insiste beaucoup sur ce signe, qu'il considère à juste titre comme excellent.

Rappelons encore que les syphilides sont d'une couleur plus foncée, que leurs squames sont plus grisâtres, moins argentées. Lorsque le revêtement squameux est épais, il est plutôt croûteux que plâtreux, et ne présente pas l'aspect micacé obtenu par le grattage des placards du psoriasis vrai : c'est que les strates sont très-irrégulières, tandis qu'elles forment un des caractères constants des manifestations psoriasiques vraies. Les écailles sont moins fines, moins ténues ; le grattage fait bien apparaître l'aspect décrit sous le nom de *Taches de bougie*, mais d'une façon beaucoup moins nette et beaucoup moins constante que pour le psoriasis dartreux.

Les squames recouvrent rarement tout le placard; elles

laissent en général voir assez bien les bords de la syphilide assez saillants et d'un rouge maigre de jambon.

Si, par un concours de circonstances qui se rencontre bien rarement, on ne trouvait pas dans les signes différentiels des deux affections une base assez large pour affirmer son opinion, on pourrait recourir à l'anatomie pathologique de la lésion.

Dans le psoriasis commun, quand on enlève avec l'ongle la squame blanche et crayeuse, on aperçoit sur un fond rouge, plat, de nombreux points saignants qui correspondent aux petits vaisseaux de papilles dilatés par l'hyperhémie. Sans être absolument pathognomonique, ce signe décrit par Hébra et Devergie rend dans les cas douteux d'excellents services.

Pour résumer toute cette partie de notre travail, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de placer ici l'excellent tableau de diagnostic différentiel dressé par M. le professeur Fournier :

Syphilides psoriasiformes	Psoriasis vulgaire
I. Surface de la papule presque toujours incomplètement recouverte de squames.	I. Surface de la lésion complètement recouverte de squames.
II. Squames minces, grisâtres, ténues, superficielles.	II. Squames larges, épaisses, superficielles, imbriquées, formant à la lésion un revêtement lamelleux, une sorte de carapace épidermique squameuse blanche et nacrée.
III. Papules ne fournissant pas par le grattage la strie micacée caractéristique du psoriasis vulgaire, ou du moins ne la fournissant pas au même degré.	III. Papule psoriasique fournissant par le grattage une strie micacée absolument blanche et plâtreuse (signe presque pathognomonique quand il est bien accusé).
IV. Saillie éruptive d'un rouge sombre.	IV. Coloration rouge tirant sur le jaune.
V. Peau rénitente plutôt qu'épaissie au niveau de la lésion, quelquefois véritable induration analogue à l'infiltration chancreuse, parcheminée ou foliacée.	V. Peau épaisse plutôt que rénitente au niveau de la lésion.
VI. Lésions éruptives généralement petites ou moyennes comme étendue, souvent arrondies, circulaires, ou présentant des segments de cercle.	VI. Lésions parfois petites (psoriasis punctata), mais souvent larges ; formant des nappes assez étendues, présentant peu de tendance à la disposition cerclée.
VII. Pas de localisation caractéristique sauf pour une forme, le psoriasis palmaire et plantaire.	VII. Localisation caractérisque aux coudes et aux genoux du côté de l'extension.
VIII. Durée courte, surtout relativement à la persistance du psoriasis vulgaire.	VIII. Durée toujours chronique.
IX. Modification rapide sous l'influence du mercure (1).	IX. Les lésions ne sont pas modifiées par le mercure (2).
X. Antécédents syphilitiques ; souvent même manifestations syphilitiques contemporaines.	X. Pas d'antécédents syphilitiques antérieurs ni de manifestations contemporaines (3). Antécédents arthritiques ou dartreux.

(1) Nous ne sommes pas de l'avis du Maître, à moins qu'on institue un traitement local.

(2) Gubler a démontré, dans un travail paru en 1874, que le mercure pouvait guérir des manifestations dartreuses.

(3) Nous avons montré, dans le cours de cette thèse, que le psoriasis vulgaire pouvait exister sur un syphilitique, même en puissance d'accidents, sans être spécifique lui-même.

A tous ces signes, nous pourrions encore ajouter que les syphilides sont en général aprurigineuses, contrairement aux dartres. Il est vrai, cependant, que le tempérament nerveux, les irritations extérieures qui peuvent exaspérer l'éruption, les sueurs très abondantes, le tempérament arthritique, peuvent modifier ce caractère et donner lieu à des démangeaisons, (Voir l'observation de Duhring).

TRAITEMENT

Le traitement du psoriasis syphilitique, dès que l'affection aura été reconnue, sera surtout spécifique. Il faudra parfois élever considérablement la dose du mercure ou de l'iodure de potassium, quand on se trouvera en présence d'un cas de syphilide rebelle. Fournier va jusqu'à donner 10 centigrammes de protoiodure.

Dans les périodes récentes de la syphilis, le mercure est le meilleur médicament, celui qui mord le mieux ; mais, dès que la vérole prend de l'âge, il fout recourir à l'iodure potassique. Souvent, on se trouvera bien de combiner les deux médicaments, et on peut ainsi venir à bout de syphilides qui résistaient auparavant à tous les efforts thérapeutiques.

Il ne faut pas, du reste, se faire d'illusions sur la valeur du traitement spécifique momentané. Sa puissance est grande, incontestable, sur les accidents actuels; elle s'oppose à leurs progrès et diminue leur durée, mais, pour l'avenir, rien n'est fait, et le résultat est, dans bien des circonstances, éphémère. Le Dr Besnier, le Dr Mauriac surtout, attirent toujours l'attention de leurs élèves sur ce point capital. Le malade doit donc être averti, il doit s'occuper désormais de sa vérole, et s'adresser au

médecin en temps utile, car non-seulement ses syphilides psoriasiques peuvent renaître, mais il reste toujours menacé des accidents tertiaires les plus redoutables, les syphilides se montrant surtout dans les formes graves.

Le traitement local est également indispensable, Les bains agiront à titre de moyens hygiéniques et d'émollients généraux et locaux pour désagréger les squames et modifier le fond de la papule. Mais les bains de sublimé ne donnent pas de meilleurs résultats que les bains d'amidon. Nous avons eu nous-même plusieurs fois l'occasion d'observer leur efficacité moindre, dans bien des cas, que celle des bains alcalins.

La médication sulfureuse, les cataplasmes de graine de lin, mais surtout le glycérolé d'amidon associé au calomel, la vaseline salycilée ou boriquée, seront employés avec avantage parce qu'ils font tomber plus rapidement les squames, et modifient topiquement le siége de la lésion.

L'huile de cade, l'acide chrysophanique et l'acide pyrogallique ont été vantés par certains auteurs, mais il faut prendre bien garde de ne pas employer ces modificateurs puissants du processus squameux à tort et à travers ; ils ne feraient alors qu'irriter sans but les papilles dermiques.

Nous devons avouer, du reste, que l'acide chrysophanique, dont nous avons essayé plusieurs fois l'emploi durant notre campagne aux Antilles, ne nous a jamais donné que des résultats négatifs.

La teinture d'iode, au contraire, que nous avons employée assez souvent, alors que l'acide chrysophanique avait échoué, nous a toujours donné d'excellents résultats, et a toujours modifié très heureusement les papules squameuses. Mode d'emploi : Applications légères au sortir d'un bain de son.

Un adjuvant très utile du traitement spécifique et du traitement local, c'est le traitement par les alcalins, et aussi

par l'arséniate de soude donné aux doses classiques : 5 à 20 gouttes de liqueur de Pearson. On parvient ainsi, dans bien des cas, à faire disparaître des psoriasis syphilitiques qui avaient résisté de longs mois aux spécifiques. Le Dr Mauriac a obtenu par cette méthode des succès si inespérés et si éclatants, qu'on ne saurait trop la recommander aux praticiens qui se trouvent aux prises avec ces cas difficiles.

La médication alcaline et arsénicale devra être employée toutes les fois que la diathèse syphilitique ne sera pas seule en cause pour la production des squames, et que l'évolution et la genèse de celle-ci seront favorisées par une constitution arthritique et dartreuse spéciale au sujet.

Les affections intercurrentes à la syphilis, telles que le diabète, qui pourront avoir une action particulière sur la marche des papulo-squames ne devront pas être perdues de vue, et seront traitées concurrement à la vérole. Pour être convaincu de la nécessité de ce traitement simultané, il suffit de se reporter à notre observation (mentionnée au chapitre de l'Etiologie) du commis-voyageur P R... atteint de diabète, et dont la syphilide papulo-squameuse ne put être guérie qu'à l'aide des traitements anti-diabétique et spécifique combinés.

OBSERVATION VII. (Personnelle).

Alexandre V..., mulâtre Désiradien, 34 ans, vient nous consulter le 5 mars 1883 : Chancre induré il y a six mois, puis roséole, plaques muqueuses nombreuses à l'anus et au scrotum. Pas d'antécédents herpétiques. Gastrite alcoolique.

État actuel. — Eruption papulo-squameuse sur le genou gauche, remontant assez haut sur la cuisse. Papules squameuses de moyen volume au sternum. Sur les épaules, deux ou trois placards arrondis,

de la dimension d'une pièce de 2 francs, *à bords libres*, et d'un rouge vineux. Croûtes squameuses dans les cheveux. Dans le sillon naso-labial, petites croûtes grenues assez abondantes. On peut dire littéralement que le nez desquame, Polyadénite ; anémie profonde.

Traitement : Protoiodure de mercure, 2 pil. ; cautérisation des plaques ; régime tonique.

Un mois après : État général meilleur, plaques muqueuses disparues ; plaques psoriasiformes non modifiées. Onctions à l'huile de cade, rien. Bains alcalins, arséniate de soude, liq. de V. Swieten : Amélioration graduelle et guérison au bout de deux mois.

Récidive un an après : Vastes placards disséminés çà et là. Ulcères aux membres inférieurs. État général mauvais.

Remarque. — L'éruption des genoux, l'insuccès d'un premier traitement spécifique nous ont fait songer à un psoriasis vrai ; mais l'absence d'antécédents herpétiques, la présence de placards sternaux et scapulaires, l'état du nez et la diathèse actuelle nous ont vite fait revenir à notre premier diagnostic, Nous avons, en effet, remarqué les squames plus petites, plus ternes, moins épaisses que dans le psoriasis vrai, laissant à nu le bord cuivré de la papule. Le grattage n'a pas donné le piqueté caractéristique du psoriasis. Les ulcères apparus prématurément aux jambes nous ont fait voir là une syphilis à marche rapide et à forme grave, particulièrement favorable aux productions populo-squameuses.

OBSERVATION VIII. (Résumée).

Exemple de diagnostic.

Femme syphilitique depuis onze mois. Présente depuis trois mois de larges placards psoriasiformes, durs, saillants, épais et squameux. L'éruption occupe le tronc, la région lombo-sacrée et la face, où ils forment un masque symétrique. Rien au cuir chevelu. La disposition, un léger reflet vernissé et cuivré, une moindre apparence micacée par

le grattage, quelques fragments de cercle disposés çà et là à la périphérie, le caractère assez discret de l'éruption, firent porter par Fournier le diagnostic de syphilides. Diagnostic confirmé par la marche de l'affection et sa disparition rapide par le sirop Gibert. (Barthélémy).

OBSERVATION IX. (Résumée).

Syphilide simulant le psoriasis annulaire.

Femme ignorant sincèrement sa syphilis. Eruption psoriasiforme composée de deux plaques seulemeut, l'une très large, l'autre petite, sur la partie inférieure du sternum et le creux épigastrique (voir moulage 740 du musée St-Lomis).

Symptômes qui font porter le diagnostic de syphilides :

1° La localisation, le siége topographique, le nombre des éléments éruptifs.

2° La marche excentrique très lente (La lésion avait mis cinq ou six mois à se developper, et n'avait jamais exister ailleurs auparavant).

3° L'existence d'une infiltration dermique certaine. Sur le bourrelet, croûtes squamiformes plutôt que squames vraies.

4° L'irrégularité relative des anneaux, toujours plus élégamment arrondis dans le psoriasis rubané.

5° L'existence d'un placard latéral plus petit ; et enfin, ce fait, de trouver deux lésions anormalement localisées, sans en découvrir ailleurs de semblables.

Le diagnostic fut confirmé par l'épreuve thérapeutique. (Barthélémy.)

OBSERVATION X. (Résumée).

Syphilide psoriasiforme. (The Lancet, vol. I, p. 661, par Bernard O'Connor.)

Femme de 28 ans, se présente à la consultatiou le 2 mars 1881.

Début il y a 6 mois : maux de tête, localisés aux tempes, huit jours après maux de gorge, puis éruption généralisée de plaques brun-bleu. Quelque temps avant, son mari avait préseuté les mêmes symptômes, plus une iritis assez intense ; il ne se rappelait pas avoir eu de chancre. Deux enfants bien portants ; pas de fausse couche.

A la face, éruption en *anneaux* embrassant le front, les paupières, les joues, le nez, le menton, et recouverts d'écailles squameuses à toutes les périodes de développement. Bords saillants et sans symétrie, présentant des lacunes aux points de contact. Eruption complètement sèche avec démangeaisons. Rien sur les genoux, les coudes. Au cuir chevelu, croûtes sèches de séborrhée. Çà et là, sur le tronc et les membres, petites taches bronzées. L'éruption ressemblait à l'herpès circiné et au lichen ruber. Absence de manifestations palmaires et plantaires, fait qui frappa le Dr Bernard.

Le traitement mercuriel fit disparaître rapidement l'éruption.

OBSERVATION XI. (Personnelle).

Henri *** 29 ans, de race blanche, habitant Cayenne, se présente à nous en mars 1885. Père goutteux ; antécédents personnels : a contracté la vérole, il y a un an. Mauvais soins, manifestations discrètes.

Etat actuel : Nombreuses plaques muqueuses de la gorge; alopécie marquée qui le chagrine surtout ; éruption grenue dans le sillon naso-

labial. Sur le tronc et les membres, nombreux placards papulo-squameux de toutes dimensions, surtout aux épaules et à la région sacrée. Sur les membres, petites *taches de bougie* du côté de l'extension et de la flexion. Pas de démangeaison. Çà et là, taches à moitié desquamées semblant des papules nummulaires en voie de disparition.

Traitement spécifique : amélioration rapide, chute des croûtes et guérison après un mois et demi.

OBSERVATION XII. (Résumée).

Syphilide tenace

G..., blanchisseuse, 25 ans, entre le 17 octobre 1867 à l'hôpital St-Louis, salle St-Jean, n° 10.

Antécédents : Plaques muqueuses il y a six mois, disparues sans traitement. Variole en juillet. Syphildes peu après.

Etat actuel : Eruption confluente à la face ; plaques rouge cuivré légèrement saillantes, d'inégales dimensions, recouvertes, *sauf sur les bords*, de squames blanc-grisâtre. Eruption semblable sur le tronc et les membres ; quelques plaques sur les bras et les avant-bras du côté de la flexion. *Rien aux coudes et aux genoux.*

Plaques muqueuses, polyadénite, céphalalgie, gravative.

Traitement : Pilules de Sédillot ; bains.

20 novembre : Sur la face, larges plaques formées de plaques plus petites réunies. Squames plus abondantes, blanches, chatoyantes, si nacrées et brillantes sur les bras qu'elles semblent du psoriasis dartreux.

Traitement : Liqueur de Van Swieten, 2 c.

2 décembre : Etat stationnaire. — M. Hardy administre des injections sous-cutanées de 1/2 milligramme de sublimé corrosif. — Amélioration rapide et disparition des squames.

(Azémar, thèse de Paris, 1868.)

OBSERVATION XIII. (Résumée).

Psoriasis non spécifique chez un syphilitique. — Service de M. Guibout, salle St-Charles, n° 46, 3 mars 1876. Homme robuste, 36 ans. — A 17 ans, sur le cuir chevelu, croûtes molles, humides, espacées, fournissant au grattage de petites écailles rapidement reproduites, disparues au bout de sept mois sans traitement. Soigné en 68, pour chancre induré, puis accidents syphilitiques ; en 73, pour douleurs ostéocopes et céphalée continue, par l'iodure potassique.

A l'entrée. — Psoriasis circinata, ayant débuté par les coudes et les genoux, puis le cuir chevelu, les mains et les pieds. Pustules d'ecthyma entre les plaques. Exostoses du tibia. Polyadénite spécifique ancienne.

Diagnostic du Dr Guibout : psoriasis syphilitique et ecthyma. Traitement exclusivement spécifique ; le 29 avril, le psoriasis est devenu diffus.

A partir du 15 mai, frictions à l'huile de cade et bains sulfureux. Amélioration rapide. Le 6 juin, le malade sort complétement guéri. (Cabarrou, Thèse de Paris, 1879.)

OBSERVATION XIV. (Résumée.)

Psoriasis syphilitique. — Service de M. Guibout, n° 49, 2 décembre 1875, Victor Rey, commis, 42 ans. Père rhumatisant, rhumatisant lui-même. Traité et guéri en 1862, par Bazin, d'un eczéma généralisé, soigné en 1866, à Beaujon, pour chancre induré et blennorrhagie. 9 mois après, éruption papuleuse guérie en quinze jours par la liq. de V. Swieten.

Etat actuel : Eruption psoriasiforme à la partie postérieure du tronc et aux membres supérieurs (les mains exceptées.)

Traitement : Onctions à l'huile de cade, arséniate de soude. Sorti

le 5 janvier, avec des plaques rougeâtres jambonnées dépourvues de squames.

Quinze jours après, nouvelle entrée : Les plaques se sont étendues et recouvertes d'écailles ; nouvelles plaques à la partie interne des cuisses, aux genoux, au visage et aux mains.

Traitement : Ki, 1 gr., 50 ; bains, et onctions à l'huile de cade. Amélioration rapide ; sort guéri le 12 mars 1876. (Cabarrou.)

OBSERVATION XV. (Résumée.)

Psoriasis mixte.

Guérard, L..., 27 ans, service de Guibout, 10 février 76. Père cancéreux, sœur de constitution herpétique. Chancre induré en novembre 75 ; roséole et éruption papuleuse.

État actuel. — Sur le tronc et les membres, éruption caractérisée par des couches de squames reposant sur une surface légèrement saillante et jambonnée qu'elles recouvrent *incomplètement*. Plaques larges (pièce de 1 fr.), disposées en psoriasis gyrata. Aux coudes et aux genoux, papules plus petites, plus confluentes, à squames plus épaisses. Polyadénites, plaques muqueuses à l'anus et aux amygdales.

Traitement : amélioration très lente.

Glycérolé d'amidon, huile de cade, bains alcalins et traitement spécifique : les plaques disparaissent et le malade sort guéri le 10 avril, gardant comme vestiges de ses plaques psoriasiques des *places gaufrées*.

OBSERVATION XVI

Victor A..., entre à l'hôpital du Midi, service du Dr Simonet, en juin 85, pour alopécie marquée accompagnée de croûtes abondantes dans les cheveux. Placards psoriasiformes assez volumineux sur les deux cuisses. Placards plus petits à la région sacrée. Le malade

ignore sa vérole ; cependant, le Dr Mauriac, à la consultation externe duquel il s'est présenté il y a dix jours, a diagnostiqué la syphilis.

A l'entrée, le diagnostic est hésitant, vu les dénégations et la bonne foi du malade. Quinze jours après, on remarque que le testicule gauche est un peu plus gros que le droit ; il est semé d'aspérités à sensation toute particulière au palper, comme une peau d'orange.

Traitement : Sp. de Gibert : Amélioration marquée de l'éruption ; sort incomplètement guéri, après six semaines.

OBSERVATION XVII

Eveline H..., 26 ans, institutrice, service du docteur Pozzi, salle V. Swieten, lit 23, juillet 1886. A contracté un chancre induré il y a 6 mois.

A l'entrée, éruption de papules très-squameuses sur presque tout le corps, larges placards au sacrum ; plaques muqueuses aux grandes et aux petites lèvres ; 2 petits condylomes à l'anus. Polyadénite, anémie profonde. Céphalalgie; douleurs rhumatoïdes; anorexie; insomnie. Quelques papules à demi desquamées ; sur les bras, squames peu abondantes, grisâtres, recouvrant incomplètement la papule.

Traitement spécifique, sp. de Gibert, bains émollients, toniques : amélioration rapide, disparition des plaques muqueuses, chute des squames, affaissement des papilles. Exige son exeat avant guérison complète.

OBSERVATION XVIII

Clinical lecture on a papulo-squamous syphiloderm by Louis Duhring in *Philadelphia Médical Times.*

Homme de 36 ans, d'une constitution robuste et presque athlétique. Il a eu, dit-il, il y a 14 ans, un chancre sur le pénis, qui guérit en quelques semaines. Deux mois après, roséole syphilitique, plaques dans la bouche, et douleurs dans les membres. L'éruption disparut pour renaître ensuite à diverses reprises. Il a été traité pour la syphilis par plusieurs médecins. L'affection dont il est atteint actuellement dure depuis 6 mois environ sans changement bien marqué. Elle s'étend sur le cuir chevelu, le front, les oreilles, le dos, la poitrine. Les membres ne sont que peu atteints. L'éruption est surtout marquée au cuir chevelu et sur la poitrine.

Sur la poitrine, l'affection consiste en de vastes placards formés par des papules agglomérées et formant une sorte de tout continu; par places, on en voit d'isolées et de discrètes.

Ce sont des élevures non acuminées, mais plates, à relief assez marqué, recouvertes d'une abondante couche de squames grisâtres: certaines de ces élevures sont presque dépourvues d'écailles, et d'une teinte de jambon fumé. Sur le cuir chevelu, les élevures sont moins nettes, elles semblent former un tout confus et simuler un *infiltrat* de la peau.

Leur couleur est serpentin, elles sont couvertes d'écailles et de séborrhée.

Les écailles sont très minces, mais très adhérentes, elles ne se divisent pas en stratifications distinctes sous le doigt, comme dans les cas de psoriasis vulgaire.

Pas d'ulcérations sur l'enveloppe cutanée. Notre homme est charpentier, il sue souvent ; son éruption lui démange et les picotements sont parfois assez forts.

Amélioration rapide et guérison par le traitement spécifique.

Ce cas aurait pu être confondu avec plusieurs affections, notamment avec le psoriasis vulgaire.

Traitement : Ki, 10 gr. dissous dans un ferrugineux. Traitement local : soins de propreté.

Amélioration notable : six semaines après, plus rien sur le crâne, presque plus rien sur le dos et la poitrine.

Vu : bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

Dr LAYET.

Vu et approuvé :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 novembre 1886.

Le Recteur,

H. OUVRÉ.

ERRATA

Lire, page 6, ligne 21 : bibliographiques,	au lieu de :	*bibiographiques.*
Lire, page 8, ligne 24 : leprâ.	au lieu de :	*leprà.*
Lire, page 13, ligne 5 : un épisode,	au lieu de :	*une épisode.*
Lire, page 18, ligne 4 : syphilis,	au lieu de :	*syphylis.*
Lire, page 19, ligne 7 : squameuses,	au lieu de :	*scquameuses.*
Lire, page 32, ligne 1 : se montrent.	au lieu de :	*se montre.*
Lire, page 36, ligne 25 : ostéocopes,	au lieu de :	*astéocopes.*
Lire, page 37, ligne 9 : irrécusables,	au lieu de :	*irrrécusables.*
Lire, page 42, ligne 10 : des papilles,	au lieu de :	*de papilles.*
Lire, page 47, ligne 11 : celles-ci,	au lieu de :	*celle-ci.*